

Προσφορά Ομαδικής Ασφάλισης Προσωπικών Ατυχημάτων

Ημερομηνία Υποβολή Προσφοράς: 22/01/2025

Περίοδος Ασφάλισης: 01/07/2025 – 30/06/2026

Κάτοχος του Ασφαλιστηρίου: **ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΗΔΕΜΟΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ ΜΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ**

Ασφαλισμένα Πρόσωπα: **ΜΑΘΗΤΕΣ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΤΑ ΓΥΜΝΑΣΙΑ, ΛΥΚΕΙΑ, ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΕΚΠ. ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΤΟΧΟΥ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ**

Κάλυψη: 24ωρη - Παγκόσμια

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	
Περιγραφή παροχής	Ασφαλισμένο Κεφάλαιο ανά άτομο (€)
60CS - Απώλεια Ζωής από ατύχημα	€ 2.000
Μόνιμη Ολική ή Μερική Ανικανότητα από ατύχημα	€ 17.000
61A - Ιατρικά έξοδα από ατύχημα ανά περιστατικό	€ 1.500
• Ανώτατο Όριο για φυσικοθεραπείες από ατύχημα	€ 350
Αφαιρετέο ποσό ανά απαίτηση	€ 40

Η MetLife Europe d.a.c., είναι εταιρεία περιορισμένης ευθύνης που έχει συσταθεί στη Δημοκρατία της Ιρλανδίας.

Αριθμός εγγραφής: 415123

Εγγεγραμμένη Διεύθυνση: 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Ireland Η MetLife Europe d.a.c. είναι εγγεγραμμένη στον Έφορο

Εταιρειών ως αλλοδαπή εταιρεία. Αριθμός εγγραφής: ΑΕ 2955

Εγγεγραμμένη Διεύθυνση: Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087, Λευκωσία, Κύπρος.

E-mail: contact@metlife.com

“Η MetLife Europe d.a.c. (Cyprus) σύμφωνα με τους Κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ασφαλίσεων και Αντασφάλισης) του 2015 της Ιρλανδίας είναι εξουσιοδοτημένη για την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης ζωής στις ακόλουθες κατηγορίες: I, III, IV, VI και την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης ζημιών στις ακόλουθες κατηγορίες: 1,2.”

ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ /ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ : Ομοσπονδία Συνδέσμου Γονέων και Κηδεμόνων Δημοσίων Σχολείων

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ :

ΟΝΟΜΑ ΣΧΟΛΕΙΟΥ :

1. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΤΗΛ.

2. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

3 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ : ΩΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ :

4. ΠΟΥ & ΠΩΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΒΗΚΕ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΛΕΠΤΟΜΕΡΗΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ) :
.....
.....
.....

5. ΕΛΑΒΕ ΓΝΩΣΗ Η ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΑΡΧΗ : (ΝΑΙ/ΟΧΙ)

6. ΠΟΙΟΣ ΕΔΩΣΕ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ : π.χ καθηγητής, γονέας, γιατρός κλπ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΗΛ.

7. ΠΑΡΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ (ΟΝΟΜΑ & ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ & ΤΗΛ) :

8. ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΦΘΗΚΑΤΕ ΜΕΤΑ ΤΟ ΑΤΥΧΗΜΑ :

9. ΘΕΡΑΠΩΝ ΓΙΑΤΡΟΣ, ένα είναι διαφορετικός από τον πρώτο γιατρό & ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ

10. ΔΙΑΓΝΩΣΗ :

11. Εάν έγινε νοσηλεία δηλώστε μας το όνομα της Κλινική/Νοσοκομείο και τις μέρες νοσηλείας :

Κλινική/ Νοσοκομείο : ΑΠΟ : ΜΕΧΡΙ :

12.:

13.:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες του εντύπου αυτού, είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις.

Συμπληρώθηκε από Γονέα/Κηδεμόνα Ημερ. Υπογραφή

Υπογραφή Ασφαλισμένου Ημερ

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- ΧΡΟΝΟΣ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ: 30 μέρες από την ημερομηνία του ατυχήματος.
- ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΝΤΥΠΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ : 90 μέρες από την ημερομηνία του ατυχήματος.

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ :

ΟΛΕΣ ΟΙ ΠΙΟ ΠΑΝΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΧΟΥΝ ΑΠΑΝΤΗΘΕΙ ΠΛΗΡΩΣ ΚΑΙ ΟΤΙ ΤΟ ΈΝΤΥΠΟ ΕΧΕΙ ΥΠΟΓΡΑΦΕΙ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΕΦΟΣΟΝ ΕΚΓΚΡΙΘΕΙ Η ΑΠΑΙΤΗΣΗ :

ΟΝΟΜΑ ΓΟΝΕΑ Η ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΘΑ ΚΑΤΑΤΕΘΕΙ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ (ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΦΕΙ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓ/ΣΜΟΣ-IBAN)

.....

Υπογραφή Γονέα η Κηδεμόνα

Ημερομηνία

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ :



Επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα

Σημείωση: Εάν αυτή η συγκατάθεση αφορά σε ανήλικο, αυτό το έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα ή άλλο άτομο που ασκεί την γονική μέριμνα του παιδιού. Οι αναφορές στα "δεδομένα για την υγεία σας", "δεδομένα υγείας μου" και παρόμοιες αναφορές πρέπει να διαβάζονται ως αναφορές στα δεδομένα υγείας του ανήλικου.

Εμείς, η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου), από Λεωφόρο Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία, χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα όπως εξηγείται παρακάτω και θα είμαστε ο υπεύθυνος επεξεργασίας των δεδομένων που μας παρέχετε ή που συλλέγουμε για εσάς.

Ζητάμε τη συγκατάθεσή σας να επεξεργαστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για τους παρακάτω σκοπούς:

1. Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας, θα χρειαστεί να επεξεργαστούμε τα δεδομένα υγείας που έχετε προσκομίσει ή που μπορεί να ζητηθείτε να προσκομίσετε στο μέλλον, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας που έχετε προσκομίσει ή πιθανόν να προσκομίσετε σε σχέση με άλλα ασφαλιστήρια όταν αυτά είναι σχετικά. Στα πλαίσια αυτά ενδέχεται να χρειαστεί να μοιραστούμε τα δεδομένα υγείας σας με γιατρούς ή άλλους ειδικούς συμβούλους για να μας βοηθήσουν σε σχέση με την εξέταση της απαίτησής σας.

Εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας και αυτή θα απορρίπτεται.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

☐ Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας και αυτή θα απορρίπτεται. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

2. Μερικές φορές, μπορεί να χρειαστεί να ελέγξουμε τα δεδομένα υγείας που έχουμε για εσάς μαζί με το γιατρό σας ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας ή να λάβουμε πρόσθετα δεδομένα υγείας από αυτούς προκειμένου να εξετάσουμε κατάλληλα την απαίτησή σας. Όταν αυτό είναι απολύτως απαραίτητο, θα επικοινωνήσουμε με το γιατρό σας ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και θα τους ζητήσουμε να μας παράσχουν δεδομένα υγείας που έχουν για εσάς.

Σε περίπτωση που δεν παράσχετε τη συγκατάθεσή σας, ενδέχεται να μην μπορέσουμε να εξετάσουμε την απαίτησή σας, αν θεωρήσουμε ότι είναι σημαντικό να ελέγξουμε τα δεδομένα της υγείας σας με άλλες πηγές ή να λάβουμε πρόσθετες πληροφορίες από αυτές. Στην περίπτωση αυτή, η απαίτησή σας θα απορρίπτεται.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

☐ Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επικοινωνεί με τον γιατρό μου ή άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και να τους ζητά να παρέχουν σε αυτή δεδομένα υγείας που έχουν για μένα για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας ενόσω εκκρεμεί η απαίτησή σας, θα την απορρίψουμε αν θεωρήσουμε ότι είναι σημαντικό να ελέγξουμε τα δεδομένα της υγείας σας με άλλες πηγές ή να λάβουμε πρόσθετες πληροφορίες από αυτές. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

1. Εάν η απαίτησή σας εγκριθεί και αφορά ωφέλημα υγείας σε είδος, μπορεί να χρησιμοποιήσουμε τις υπηρεσίες τρίτων προσώπων για την παροχή του ωφέληματος αυτού. Σε τέτοιες περιπτώσεις, θα πρέπει να μοιραστούμε μαζί τους τα δεδομένα υγείας που έχουμε για εσάς.

Αν δεν παράσχετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να σας παρέχουμε το ωφέλημα σε είδος αν στηρίζομαστε σε τρίτους για κάτι τέτοιο.

Εάν συμφωνείτε με αυτό, παρακαλώ σημειώστε το παρακάτω τετραγωνάκι.

☐ Ναι, αποδέχομαι η MetLife Europe d.a.c. (Υποκατάστημα Κύπρου) να επεξεργάζεται τα δεδομένα υγείας μου για τους πιο πάνω σκοπούς.

Έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή στέλνοντας επιστολή στη διεύθυνση Λεωφόρος Κέννεντυ 38, 1087 Λευκωσία ή στέλνοντας ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στη διεύθυνση ccd@metlife.com. Ωστόσο, αν αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, δεν θα μπορέσουμε να σας παρέχουμε το σχετικό ωφέλημα σε είδος. Αυτό δεν θα επηρεάσει οποιαδήποτε προηγούμενη επεξεργασία των δεδομένων σας μέχρι εκείνο το σημείο.

Περισσότερες πληροφορίες

Η πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων μας η οποία αναφέρει με περισσότερη λεπτομέρεια τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας σε σχέση με τη χρήση αυτή εσωκλείεται και είναι επίσης διαθέσιμη στο www.metlife.com.cy.

Παρακαλούμε επιβεβαιώστε ότι έχετε διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων σημειώνοντας το παρακάτω τετραγωνάκι.

☐ Ναι, επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει την πολιτική επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων

Υπογραφή Ασφαλισμένου/ενήλικα εξαρτωμένου/ γονέα σε περίπτωση ανήλικου εξαρτωμένου

Ημερομηνία:

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

Ονοματεπώνυμο Ασθενούς :	Ηλικία :
Επάγγελμα :	

1. Ημερομηνία Ατυχήματος :
- 1α. Ημερομηνία που εξετάσατε τον ασθενή για :

Πρώτη φορά :	Τελευταία φορά :	Σύνολο εξετάσεων :
--------------------	------------------------	--------------------------

 Εξετάστηκε ο ασθενής από άλλο γιατρό; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
 Αν ΝΑΙ, από ποιον και πότε;
2. α) Ποια η αιτία του ατυχήματος απ' ότι γνωρίζετε;
- β) Υπήρξαν σημάδια τραύματος στο σώμα που να μαρτυρούν την ύπαρξη ατυχήματος; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
 Αν ΝΑΙ, περιγράψτε :
- γ) Άλλες Κλινικές Διαπιστώσεις :
- δ) Διάγνωση/Ακτινολογικά Ευρήματα (λεπτομερώς) :
- ε) Θεραπεία που παρασχέθηκε :
3. α) Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο πελάτης, προκλήθηκαν εξ' ολοκλήρου, απ' ευθείας και ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη αιτία, από το ατύχημα; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
 Αν ΟΧΙ, περιγράψτε :
- β) Νοσηλεύθηκε στο παρελθόν για παρόμοιο περιστατικό; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
 Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες :
4. Ο ασθενής έμεινε κλινικής στο Νοσοκομείο/Κλινική; Από : Μέχρι :
5. Έχετε δώσει στον ασθενή αναρρωτική άδεια; Από : Μέχρι :
6. Κατά την περίοδο της αναρρωτικής άδειας ο ασθενής

α) Θα μπορούσε να επιβλέπει την εργασία του ή να εργαστεί μερικώς; Από : Μέχρι :
β) Ήταν εντελώς ανίκανος για εργασία ή επίβλεψη της εργασίας; Από : Μέχρι :
γ) Πότε προβλέπεται να επιστρέψει στην εργασία του;
7. Έχει ο ασθενής αποθεραπευτεί; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
 Αν ΟΧΙ, αναφέρατε παρούσα κατάσταση και θεραπεία :

Δηλώνω ότι εξ' όσων γνωρίζω και πιστεύω όλες οι πιο πάνω δηλώσεις μου είναι αληθείς και ορθές.

Υπογραφή Γιατρού : Ειδικότητα : Ημερ. :

Ονοματεπώνυμο Γιατρού : Υπογρ. Ασφαλ.

Αρ. Συμβολαίου :

Όνομα Ασφαλ. :

Αγαπητοί γονείς

Θέμα : Διαδικασία για την διεκπεραίωση των απαιτήσεων.

Με την παρούσα επιστολή, σας ενημερώνω για την διαδικασία που πρέπει να τηρείται για την σύντομη και καλύτερη εξυπηρέτηση σας όσων αφορά την διεκπεραίωση των απαιτήσεων (claims).

Το περιστατικό ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΕΙΤΑΙ μέσω του εντύπου κοινοποίησης της Εταιρείας μας στο e-mail mariak1711@outlook.com

Η κοινοποίηση της απαίτησης πρέπει να γίνεται εντός **30 ημερών** από την ημέρα του ατυχήματος. Σε άλλη περίπτωση η κοινοποίηση δεν θα γίνεται αποδεκτή.

Για να ολοκληρωθεί η διαδικασία απαίτησης μιας αποζημίωσης πρέπει να συμπληρωθούν και να παραδοθούν τα πιο κάτω έντυπα:

- 1. CL4A** Συμπληρώνεται και υπογράφεται από το γονέα του παιδιού.
- 2. CL4B** Συμπληρώνεται και σφραγίζεται από τον ιατρό του ασφαλισμένου.
- 3. IBAN TP. ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ.** Του γονέα για να γίνει το έμβασμα της απαίτησης.

Στη συνέχεια τα έντυπα θα έρχονται κοντά μου κατόπιν συνεννόησης με τον γονέα στην διεύθυνση Λεωφόρος Στροβόλου 47, 2018 Στρόβολος –Λευκωσία KYROS TOWER 2ος όροφος. Τηλ. 99-807557

Διευκρινίζεται ότι τα πιο πάνω έντυπα πρέπει να έρχονται δεόντως συμπληρωμένα κοντά μου , με την αποθεραπεία του ασφαλισμένου διαφορετικά το claim δεν θα μπορεί να εξεταστεί και να αποζημιωθεί.

Τέλος τα εμβάσματα των αποζημιώσεων (claims) θα διεκπεραιώνονται εντός 30 ημερών.

Για οποιοσδήποτε διευκρινήσεις ή πληροφορίες για το συγκεκριμένο ομαδικό ή για άλλες ασφαλιστικές καλύψεις που αφορούν καλύψεις ζωής , υγείας και αποταμίευσης παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μου στο τηλ. 99-807557

Ευχαριστώ

Με εκτίμηση

Μαρία Κακούρη

Ασφαλιστικός Σύμβουλος